



Official journal of the Pan African Urological Surgeon's Association
web page of the journal

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Infection and inflammation

Myiase scrotale chez l'enfant : à propos d'un cas



P.A. Mbaye^{a,*}, A. Sagna^b, A. Ndong^c, N.A. Ndoeye^c,
O. Ndour^b, G. Ngom^b

^a Hôpital d'enfants Albert Royer, hôpitaux de Dakar, clinique faculté de médecine UCAD, Hann Mariste II, Dakar, Sénégal

^b Hôpital Albert Royer, Sénégal

^c Hôpital Aristide Le Dantec, Sénégal

Reçu le 15 avril 2017; reçu sous la forme révisée le 19 avril 2018; accepté le 22 mai 2018; Disponible sur Internet le 28 septembre 2018

MOTS CLÉS

Myiase;
Cordylobia;
Scrotum

Résumé

Nous rapportons l'observation d'un enfant de 4 ans, qui a été reçu pour une tuméfaction scrotale inflammatoire et prurigineuse évoluant depuis 7 jours. L'examen physique retrouvait une masse scrotale centrée par un orifice blanchâtre faisant évoquer un abcès fistulisé ou une lésion furonculoïde. La compression bidigitale de la tuméfaction avait permis l'extraction d'un asticot avec l'aide d'une pince laissant en place une plaie de 8 mm. L'examen parasitologique avait conclu à une larve de cordylobia anthropophaga. Le malade avait reçu un traitement anti-inflammatoire et antibiotique associé à des soins locaux. L'évolution était favorable après un recul de deux semaines. Nous allons étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection si rare chez l'enfant simulatrice d'une lésion furonculoïde ou d'un abcès pariétal.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Myiasis;
Cordylobia;
Scrotum

Scrotal myiasis at the child: Case study

Abstract

We present observations of a 4-year-old child, who was received for an inflammatory and pruritic scrotal swelling that had been evolving for 7 days. The physical examination found a scrotal mass centered by a whitish opening evoking a fistulized abscess or a furunculoide lesion. The bidigital compression of the tumefaction had allowed the extraction of a maggot with the help of forceps leaving an 8 mm wound in place. The review parasitologist had concluded to a larva of anthropophaga cordylobia. The patient had

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : papaalassane.mbaye@ucad.edu.sn (P.A. Mbaye).

<https://doi.org/10.1016/j.afju.2018.05.001>

1110-5704/© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

received anti-inflammatory and antibiotic treatments associated with local care. This trend was favorable after a two-week decline. We will study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of this condition so rare in children simulating a furunculoïde lesion or parietal abscess.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

La myiase sous-cutanée est une dermatose parasitaire caractérisée par le cheminement dans ou sous la peau de larves de divers diptères. C'est une affection fréquente dans les pays tropicaux. Le diptère responsable le plus souvent est le *Cordylobia anthropophaga* qui appartient à la famille des Calliphoridae [1]. Ce parasite obligatoire provoque des lésions furonculoïdes, essentiellement chez le chien et l'homme, mais aussi chez le chat et le singe [2]. Sa localisation chez l'homme au niveau des organes génitaux externes est rare [3]. Nous rapportons un cas de myiase scrotale chez l'enfant simulatrice d'une lésion furonculoïde ou d'un abcès pariétal.

Observation

Il s'agissait d'un enfant de 4 ans, sans antécédents particuliers, qui a été reçu aux urgences chirurgicales pédiatriques de l'hôpital Aristide Le Dantec pour une tuméfaction scrotale inflammatoire et prurigineuse évoluant depuis 7 jours. Le patient a été mis sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire au bout de quatre jours sans succès avec persistance de la symptomatologie. Son statut vaccinal était à jour. L'examen physique retrouvait une masse scrotale centrée par un orifice blanchâtre faisant évoquer un abcès fistulisé ou une lésion furonculoïde (Fig. 1). La pression douce ne faisait pas souder du pus. La compression bidigitale de la tuméfaction avait permis l'extraction d'un asticot avec l'aide d'une pince (Fig. 2) laissant une plaie de 8 mm. L'examen parasitologique avait conclu à une larve de *Cordylobia anthropophaga*, ce qui nous avait permis de retenir le diagnostic de myiase scrotale. Le malade avait reçu un traitement anti-inflammatoire et antibiotique associé à des soins locaux. L'évolution était favorable après un recul de deux semaines.



Figure 1 Tuméfaction scrotale centrée par un orifice blanchâtre faisant évoquer un abcès fistulisé ou une lésion furonculoïde.

Discussion

Les myiases sont des affections liées au développement parasitaire de larves de diptères dans les tissus vivants ou, pour certaines, sur les plaies d'un animal vivant [2].

Les myiases furonculoïdes sont causées par les *Hypoderma* et les *Cordylobia*. En Afrique, *Cordylobia anthropophaga* ou ver de Cayor (ancien royaume du Sénégal) est le plus souvent en cause tandis qu'en Amérique, il s'agit surtout du ver macaque [4].

On distingue la myiase cutanée qui est parfois furonculaire (objet de notre observation), la myiase cavitaire (ou luminale) et la myiase intestinale qui reste exceptionnelle. Les myiases furonculaires sont des infestations cutanées et sous-cutanées endoparasitaires, causées par une ou plusieurs larves de diptères dont les larves ectoparasites sont pondues directement par la mouche sur la peau ou sur un vecteur secondaire ou au sol et sur les tissus [2,3]. Ces larves ne s'attaquent qu'aux zones cutanées mais peuvent s'enfoncer jusqu'à 1 cm voire un peu plus sous la peau. La présence de la larve se manifeste généralement par un furoncle ou un kyste sébacé, souvent surinfecté et ne réagissant pas au traitement antibiotique. Quand elle grandit, la larve est parfois perçue par son hôte (sensation de mouvement sous la peau), mais pas toujours constante. La réaction immunitaire de l'organisme ne chasse pas la larve, mais marque son emplacement d'une papule rougeâtre, puis d'un nodule cutané percé en son centre pour permettre à la larve de respirer. Certaines professions sont particulièrement exposées comme les éleveurs, mais l'affection peut aussi toucher d'autres couches sociales [5] comme c'était le cas pour notre patient résident en zone urbaine et scolarisé en préscolaire.



Figure 2 Compression bidigitale de la tuméfaction avec extraction de l'asticot à l'aide d'une pince.

Le diagnostic de myiase est avant tout clinique et repose sur l'observation attentive de la lésion élémentaire qui réalise une papule inflammatoire d'aspect furonculoïde au niveau de laquelle peut être observée l'émergence intermittente du pôle respiratoire de la larve [6]. Notre malade présentait une symptomatologie pareille.

En raison de son aspect clinique furonculoïde, la lésion est souvent confondue avec d'autres dermatoses d'origine infectieuse comme un abcès bactérien, une infection à mycobactérie (tuberculeuse ou non), une infection fongique, une actinomycose. La lésion peut également être confondue avec un kyste épidermoïde ou sébacé sur-infecté ou avec une tungose [5]. Chez notre malade c'est au décours d'un deuxième examen minutieux que le diagnostic myiase a été retenu.

Le traitement d'une myiase est en règle facile et repose sur l'extraction de la larve qui peut se faire par pression manuelle ou à l'aide d'une pince [1] comme c'était le cas pour notre patient. Mais cette extraction peut être rendue difficile par la mobilité du ver et son système d'attache, c'est pourquoi Adams et Cooney recommandent de réaliser une incision afin de faciliter le passage du ver [6].

La prise en charge curative peut consister aussi à asphyxier la larve durant la phase initiale de l'infection en bouchant l'ouverture de son gîte par un corps gras durant environ 48 heures. La larve cherche à remonter en surface pour respirer. Elle traverse la couche de lard où on la piège alors (le lard est parfois remplacé par une épaisseur de coton imprégnée de vaseline) [1]. Certains préfèrent attendre quelques jours pour que la mouche émerge spontanément sous sa forme adulte. Un traitement antibiotique par voie orale et un vaccin antitétanique de rappel sont souvent recommandés pour limiter le risque de surinfection bactérienne [5], ce qui était le cas pour notre malade. Chez notre patient, les suites ont été simples après l'extraction de cette larve avec une cicatrisation complète en

quelques jours. Si on tue l'asticot in situ (avec un insecticide), une petite intervention chirurgicale est indispensable pour retirer la cuticule larvaire [4]. La prophylaxie consiste à laver le linge de manière rigoureuse, à le mettre à sécher en plein soleil, et à le repasser avec un fer très chaud pour détruire les œufs [5].

Conclusion

Les myiases sous-cutanées sont rares et souvent sous diagnostiquées. Cette observation s'individualise, d'une part, par la localisation anatomique de l'affection qui est exceptionnelle, d'autre part, par sa symptomatologie variable pouvant simuler une lésion furonculoïde ou un abcès pariétal.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Sarr A, Sow D, Diao B, et al. Myiase préputiale : à propos d'une observation. *Andrologie* 2011;21:260–2.
- [2] Devienne P, Bobard P, Pinhas C. Le ver de Cayor, agent d'une myiase furonculeuse. *Insectes* 2004;135:23–4.
- [3] Dicko A, Faye O, Traore P, et al. Myiase furonculeuse : un nodule douloureux tropical à ne pas méconnaître. *Mali Med* 2009;24:75–6.
- [4] Faïda A, Rim A, Najed B, et al. Des furoncles résistants aux antibiotiques : penser à la myiase ! *PAMJ* 2013 [15.41.2621].
- [5] Rodriguez G, Rashid M. Human scrotal myiasis (bot fly): a case of self-diagnosis. *J Urol* 2001;166:1397–8.
- [6] Adams DW, Cooney RT. Excision of a *Dermatobia hominis* larva from the heel of a South American traveler: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2004;43:260–2.